

Financiación: Proyecto Fundación Universitaria San Pablo CEU nº USP-PC03/08; 04/07.

44. Paludismo submicroscópico en España: características epidemiológicas, clínicas y analíticas

G. Ramírez-Olivencia¹, JM. Rubio², P. Rivas¹, MD. Herrero¹, JV. Fernández¹, M. Lago¹, S. Puente¹. ¹Sección de Medicina Tropical. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Carlos III. Madrid. ²Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Introducción: Cada año se diagnostican en España aproximadamente 400 casos de paludismo importado. En la mayor parte de los casos el diagnóstico se realiza mediante técnicas de microscopía (gota gruesa y/o extensión). Sin embargo, el paludismo submicroscópico (PS) constituye un elemento poco estudiado.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es estudiar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas del PS importado en España.

Materiales y métodos: Se ha realizado un estudio observacional transversal y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de paludismo en la Unidad de Medicina Tropical del Hospital Carlos III durante 6 años. Se definió PS como la positividad de la reacción en cadena de la polimerasa para cualquier especie de *Plasmodium*, con negatividad en las pruebas de microscopía (gota gruesa, extensión). Se recogieron distintas variables epidemiológicas, clínicas, y analíticas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 413 casos de paludismo, de los cuales 125 correspondían a paludismo submicroscópico. El 80% de los casos de MS correspondían a individuos nativos. El 88% de los casos diagnosticados de PS fueron originados por *P. falciparum*, 4% por *P. ovale*, 4% por *P. vivax*, 3,2% por *P. malariae* y 0,8% parasitación mixta. El 28% de los casos cursaron de forma sintomática. Además, el 4% cursaron con anemia, el 3,2% con leucopenia, y el 2,4% con trombopenia, sin otra causa concomitante.

Conclusiones: El paludismo submicroscópico importado es una realidad en España. El gran porcentaje de individuos asintomáticos puede conducir a que sea infradiagnosticado si no se realiza un cribaje sistemático para el mismo. La no detección de la enfermedad puede originar un estímulo inmunológico crónico que induzca el desarrollo de entidades como la esplenomegalia palúdica tropical. Además, la presencia de Anopheles en el país podría sugerir la posibilidad de aparición de casos autóctonos. A su vez esto plantea la necesidad de establecer protocolos de detección, con una relación costo-beneficio razonable.

Financiación: Este trabajo no ha recibido ninguna subvención por parte de ninguna entidad pública o privada. Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses.

45. Marcadores serológicos para la monitorización de pacientes chagásicos bajo tratamiento con benznidazol

A. Fernández-Villegas¹, MJ. Pinazo^{2*}, C. Maraño^{1*}, MC. Thomas¹, E. Posada², M. Segovia³, J. Gascón², MC. López¹. ¹Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra (IPBLN)-Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Spain. ²Barcelona Centre for International Health Research (CRESIB)-Hospital Clinic of Barcelona, Spain. ³Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia, Spain. *Both authors have contributed equally.

Introducción: La enfermedad de Chagas afecta a unos 20 millones de personas en América Latina, con un alto grado de mortalidad y morbilidad. Los intensos flujos migratorios hacen actualmente de ésta una enfermedad de nuestro entorno. Hasta la fecha, el único criterio de cura parasitaria es la ausencia de anticuerpos frente a extractos de proteínas totales o mezcla de antígenos de *Trypanosoma cruzi*, medida por ensayos serológicos convencionales. Sin embargo, estos tests no resultan útiles para el seguimiento a corto y medio plazo tras el tratamiento.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es el establecimiento de un panel de proteínas recombinantes de *T. cruzi* que sean reconocidas con alta sensibilidad por pacientes chagásicos y no por donantes sanos y que constituyan marcadores serológicos susceptibles de ser modificados tras el tratamiento con benznidazol.

Materiales y métodos: Se analizó mediante ELISA la respuesta humoral frente a las proteínas recombinantes KMP11, PFR2, HSP70 y Tgp63, seleccionadas en un previo screening del laboratorio de un total de 12 antígenos. Se utilizaron sueros de 39 pacientes chagásicos en diferentes estadios de la enfermedad, así como 22 sueros de donantes sanos, todos ellos residentes en España y provenientes de zonas endémicas. Se analizó la respuesta

individual frente a estos antígenos para cada paciente tras el tratamiento con benznidazol.

Resultados: Se observa que las proteínas recombinantes KMP11, PFR2, HSP70 y Tgp63 son reconocidas de manera estadísticamente significativa por sueros de pacientes chagásicos independientemente del estadio de la enfermedad y no por donantes sanos. Se detectan modificaciones estadísticamente significativas del nivel de anticuerpos frente a KMP11, PFR2 y HSP70, 3, 6 o 9 meses tras el tratamiento con benznidazol. Interesantemente, las modificaciones observadas en el nivel de anticuerpos frente a los antígenos a estudio son diferentes dependiendo de la patología asociada.

Conclusiones: Este estudio muestra que los patrones de respuesta humoral, frente a específicos antígenos, se modifican en pacientes chagásicos post-tratamiento con benznidazol de forma diferente dependiendo del estadio de la enfermedad. En consecuencia, se describe un sistema de marcadores serológicos útil para el seguimiento de pacientes chagásicos bajo tratamiento.

Financiación: P06-CTS-02242-PAI (Junta de Andalucía); RD06/0021/0014-ISCIII-RETIC (MICINN), España.

46. Perfil de la enfermedad de Chagas importada en la provincia de Alicante. España.

JM. Ramos¹, D. Torrés², C. Amador³, FJ. Arjona³, F. Pérez-Chacon², F. Gutiérrez¹, M. López-Perezagua³.

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario de Elche, Alicante. ²Consulta de Enfermedades Importadas, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante. ³Servicio de Medicina Interna y Unidad de Microbiología, Hospital Marina Baixa, Vila Joiosa, Alicante (Spain).

Introducción: La enfermedad de Chagas (EC) es endémica en América Latina. En los últimos años, España es uno de los destinos preferidos de los emigrantes de Latinoamérica. Por ello en se esta viendo casos de EC en áreas donde no existe el vector de la enfermedad. El objetivo de este trabajo es describir el perfil clínico de los casos de EC atendido en tres centros hospitalarios generales de la provincia de Alicante.

Materiales y métodos: Se han revisado todos los casos de EC diagnosticados en tres hospitales no referencia de la provincia de Alicante (Hospital General Universitario de Elche, Hospital General Universitario de Alicante y Hospital Marina Baixa) en el periodo enero 2002- mayo 2009.

Resultados: Se diagnosticaron 79 casos; la edad media era de: 35,2+9,1 y 33 (49,3%) mujeres. Principales países de origen: Bolivia (59; 88,1%), Argentina (2; 3%), Paraguay (2; 3,0%), Brasil (2; 3,0%), y Ecuador (1; 1,5%). Ocho (11,9%) tenían antecedentes de transfusión de sangre. La causa para realizarse la serología fue: cribado asintomático 25 (37,3%); cribado en embarazadas, 18 (26,9%); síntomas sugestivos de EC, 14 (20,9%); diagnóstico previo, 7 (10,4%); e hijos de madres con EC 3 (4,5%). Un paciente (1,5%) tenía co-infección por el VIH. La prueba de PCR de *T. cruzi* fue positiva en 38 de 54 pacientes (80,6%). Treinta y seis pacientes referían algún síntoma compatible con EC: palpitaciones (21; 31,3%), dolor torácico (15; 22,4%), estreñimiento (13; 19,4%), disnea (11; 16,4%), síncope (8; 11,9%), y disfgia (3; 4,5%). Radiografía de tórax con cardiomegalia estaba presente en el 12,7% (6/47) y ECG anormal en 30,2% (16/53); bloqueo de rama derecha (siete); hemibloqueo izquierdo anterior (cinco); bloqueo de segundo y/o tercer grado, extrasistolia ventricular (tres cada uno), bloqueo de rama izquierda y bradicardia (dos). El ecocardiograma mostraba anomalías en 24,2% (8/33). El esofagograma y la enema opaca se realizaron en 25,4% y 22,4% y fue normal. El tratamiento con benznidazol se instauró en 35 (52,2%) ocasiones; 14 desarrollaron efectos adversos. El efecto adverso más frecuente fue el exantema cutáneo (8; 23%), seguido de molestias gastrointestinales (3; 8,6%), polineuropatía (2; 5,7%) y hepatitis (1; 1,5%). Siete (20%) interrumpieron el mismo por efectos adversos.

Conclusiones: La EC es una entidad clínica a tener en cuenta entre los inmigrantes latinoamericanos, especialmente en bolivianos.

47. Afectación cerebral por *Trypanosoma cruzi* en paciente con SIDA. Descripción de un caso importado y revisión de la literatura.

D. Torrés^{1,5}, S. Reus¹, D. Jover¹, A. Payá², A. Zorraquino³, V. Castaño⁴, M. Andreu³, J. Verdú¹, FJ. de Paz¹, J. Portilla¹. ¹Unidad Enfermedades Infecciosas. Consulta Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica, Servicio de Medicina Interna;

²Servicio de Anatomía Patológica; ³Sección de Microbiología y Parasitología;

⁴Sección de Hematología Diagnóstica del Hospital General Universitario de Alicante; ⁵División de Parasitología, Universidad Miguel Hernández.